Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: ulica Sławkowska Nr. 277.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebetbnera i Wolffa, w *Poznaniu* księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w *Paryżu* p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 10 Sierpnia 1878. №. 32. Rok XVII.

TREŚĆ: I. Z Prosektoryjum szpitala powszechn. lwowskiego. FEIGEL. Przyczynek do kazuistyki wrodzonego ułożenia całego jelita grubego w lewéj połowie jamy brzusznéj, połączonego z wadą rozwojową kresek jelitowych. — II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Dra Rosnera w Krakowie. OBTUŁOWICZ. Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych. (C. d.) — III. *Oceny i sprawozdania:* BRUNS. — IV. *Posiedzenia towarzystw:* Towarzystwo lekarskie krakowskie (Dok.) — V. *Odcinek:* List ze Lwowa. — VI. *Wiadomości bieżące.*

I. Z Prosektoryjum szpitala powszechn. lwowskiego.

Przyczynek do kazuistyki wrodzonego ułożenia całego jelita grubego w lewéj połowie jamy brzusznéj, połączonego z wadą rozwojową kresek jelitowych.

Opisal Dr. **Longin Feigel**,
Prosektor szpitala powszechnego we Lwowie.

(Rzecz przedstawiona w Tow. Lek. galicyjskiém.)

W styczniu 1878 r. przedstawiłem w sekcyi lwowskiéj Tow. Lek. galic. zajmujący przypadek nieprawidłowego położenia jelita grubego w lewéj polowie jamy brzusznéj i wady rozwojowéj kresek jelitowych, który zasługuje na podanie go do wiadomości szan. Czytelników. Przypadki bowiem tego rodzaju należą do nadzwyczaj rzadkich, a w polskiém piśmiennictwie są, ile mi wiadomo, zupełnie nieznane (mimo, iż podobne naszemu przypadki wydarzały się w szpitalu św. Łazarza w Krakowie i zostały przez prof. T r e i t z a opisane po niemiecku); przypadek więc nasz wypełnia znowu jedną lukę w ojczystém piśmiennictwie, które wzbogacać uważam sobie za obowiązek. Powtóre przedstawiają one wielkie zajęcie naukowe, rzucając światło na sprawę rozwoju kresek i samych jelit; wreszcie zaś mogą i dla lekarza praktycznego nabrać wielkiego znaczenia z powodu, iż usposabiają tak do rozmaitych zmian w położeniu jelit, jak do zaburzeń w przejściu prawidłowém treści jelitowéj, z których możliwemi przyczynami lekarz praktyczny musi jak najdokładniéj obznajamiać się; a w danym przypadku jedynie znajomość takich stosunków nieprawidłowych może wytłumaczyć praktycznemu lekarzowi niezwykły wynik badania jamy brzusznéj, który mógłby go naprowadzić na mylne rozpoznanie, a zatém i leczenie.

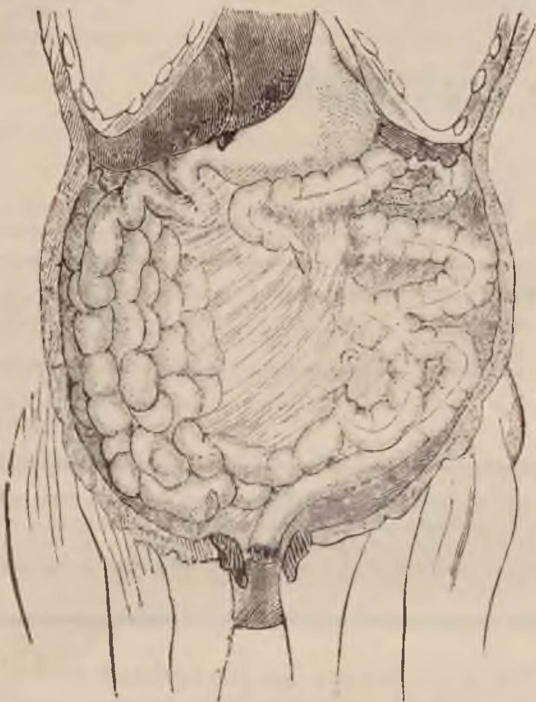
Przypadek ten zdarzył się u Jana S., 28-letniego mężczyzny, który zmarł w szpitalu powszechnym lwowskim dnia 17go grudnia 1877 r. na oddziale chorób wewn. Dra O. W i d m a n a.

Sekcyja wykonana dnia 18go grudnia 1877 r. wykazała: Zapalenie włóknikowe całego płuca prawego zstępujące, w okresie zwątrobienia szarego. Przekrwienie i ostre zbrzęknienie płuca lewego. Zapalenie ostre włóknikowo-ropiaste opon mózgowych na powierzchni i podstawie mózgu (badanie narządu słuchowego wykazuje tylko lekkie przekrwienie błony śluzowéj jamy bębenkowéj, zresztą wynik ujemny). Obrzęk śledziony ostry i przekrwienie wątroby i nerek, przy prawidłowém ich położeniu. Natomiast uderza już przy pierwszém obejrzeniu nieprawidłowe ułożenie jelita grubego; kątnica bowiem nie leży w prawéj jamie biodrowéj, jak zwykle, lecz w jamie biodrowéj lewéj i w lewéj polowie miednicy małéj, a całe jelito grube zajmuje tylko lewą połowę jamy brzusznéj, podczas gdy prawą połowę zajmują wyłącznie jelita cienkie.

Bliższe poszukiwanie wykazuje następujące szczegóły: Żołądek dość mały, leży w położeniu prawidłowém. Dwunastnica występuje z prawéj strony żołądka i tworzy silne zakrzywienie esowate, prawém wypukleniem ku dołowi i w lewą stronę zwrócone, którego ramię górne, od żołądka odchodzące, jest 15 cm. długie, ramię zaś dolne i prawe, które przechodzi pod kątem bardzo ostrym ku górze pod wątrobą, ma 12 cm. długości, szczyt zaś zakrzywienia tego leży przed nerką prawą. Ramię ostatnie tworzy pod wątrobą łuk i przechodzi w jelito czcze, które odtąd schodzi ku dołowi i nieco na lewo i wypełnia zwojami swojemi całą prawą stronę i środek jamy brzusznéj, a tylko końcem jelita biodrowego przechodzi na stronę lewą (p. rycina, na któréj jelita cieńkie są nieco ku prawéj stronie uciśnięte, ażeby widzieć można kreskę).

Kątnica leży w jamie biodrowéj lewéj a częścią w lewéj miednicy małéj (na rycinie nieco za wysoko). Od niéj wychodzi okrężnica wstępująca w lewéj stronie jamy brzusznéj, przed nerką lewą, pomiędzy zwojami jelit cienkich a okrężnicą zstępującą i zakrzywieniem esowatém, ku górze i nieco na prawo, zawija się nad nerką lewą nagle w tył i pod kątem prostym na lewo i w górę aż pod samą śledzionę, leżąc przytém pod otrzewną przy samćj tylnéj ścianie

brzusznéj, skręca się tu ku przodowi, w prawą stronę i nieco na dół, wychodzi z pod otrzewny i przebiega pod samym żołądkiem, dosięgając nieco po za liniją środkową dwunastnicy; zwraca się znowu pod kątem bardzo ostrym, leżąc



do połowy grubości ściany przed częścią poprzednią i pokrywając takową częściowo, na lewą stronę; krzyżuje się z okrężnicą wstępującą od przodu i bieży poziomo do lewej bocznéj ściany brzusznéj, odkąd tworzy okrężnicę zstępującą i zakrzywienie esowate, poczém po lewéj jamie biodrowéj schodzi jako prostnica do lewéj miednicy małéj.

Kątnica i okrężnica wstępująca są nadto około swéj osi tak przekręcone, że tylna ich powierzchnia stała się przednią, a prawa strona lewą; wyrostek robaczkowy nie leży z lewéj, lecz z prawéj strony kątnicy, a nadto krzyżuje się z jelitem biodrowém nie od tyłu, lecz od przodu, a zwrócony jest szczytem swoim ku górze, w końcu ku okrężnicy wstępującéj. Jest on 12 cm. długi i opatrzony kreseczką u dołu 2 cm., ku szczytowi 4 cm. wysoką i półksiężycowato wyciętą; od dołu zaś téj kreseczki odchodzi zdwojenie otrzewny zakończone ostrym brzegiem ku tyłowi jelita biodrowego 3 cm. wysokie, które ogranicza lejkowatą, 3 cm. w otworze mającą i tyleż głęboką zatokę podkątnicową *(fossa subcoccalis)*.

Długość dwunastnicy wynosi 27 cm., jelita czczego 900 cm., jelita grubego 185 cm. Z ostatnich wypada 25 cm. na kątnicę, 45 cm. na okrężnicę wstępującą od kątnicy aż do kąta pod śledzioną, 25 cm. na część przebiegającą pod żołądkiem (okrężnicę poprzeczną) poziomą górną, 30 cm. na część poniżéj przebiegającą poziomo ku lewéj stronie, 10 cm. na okrężnicę zstępującą właściwą, 35 cm. na zakrzywienie esowate, a 20 cm. na prostnicę.

Szczególniejsze zmiany przedstawiają kreski jelitowe, których opis zaczniemy od dwunastnicy: Takowa wychodząc z żołądka jest jeszcze w długości 6 cm. otoczona w około otrzewną; zakrzywienie jéj jednak w wysokości 9 cm. i to tak część wstępująca jak występująca z zakrzywienia jest pokryta otrzewną, która ponad trzustką przechodzi potém na tylną ścianę brzuszną, z prawéj zaś strony na brzeg kreski jelita czczego. Oba ramiona zakrzywienia tego są ze sobą nadto zrośnięte gęstą włóknistą tkanką łączną, a nie otaczają jak zwykle głowy trzustki w około, lecz leżą przed samą jéj głową, przylegając płasko od przodu do takowéj. Z tyłu wychodzą też od utkania szczytu zakrzywienia dwunastnicowego włókna mięsne, t. zw. mięsień wieszadłowy dwunastnicy *(musc. suspensor duodeni)*, które przyczepiają szczyt ten nad i wewnątrz nerki prawéj koło kręgosłupa. Dla jelita czczego i biodrowego zaś nic istnieje osobna kreska w zwykłém tego słowa znaczeniu, która przez kreskę okrężną (cz. śródjelicie okrężne) jest skrzyżowaną i od lewéj strony, od góry i od prawéj strony w kształcie wieńca otoczoną; lecz jelito posiada od zakrzywienia dwunastnicowo-czczego aż do pewnéj wysokości okrężnicy wstępującéj jedną wspólną kreskę *(mesenterium commune)*. Takowa wychodzi poniżéj trzustki pomiędzy obydwiema nerkami i nad niemi w linii pozioméj 10 cm. długiéj i schodzi po kręgosłupie do 4go kręgu lędźwiowego, ukośnie ku stronie lewéj, w linii długiéj około 10 cm., a stąd rozprzestrzenia się wachlarzowato ku górze ku wątrobie, ku całéj prawéj stronie brzusznéj, ku dołowi i na lewo ku okrężnicy wstępującéj 30 cm. nad kątnicą, obejmując swojemi obiema blaszkami z prawéj strony i od dołu jelito cienkie, po stronie zaś lewéj kątnicę i okrężnicę wstępującą. Przednia blaszka téj kreski odpowiada lewéj blaszce, tylna prawéj blaszce zwykléj kreski. Jeżeli kreskę tę odgarniemy wraz z jelitami ku górze i naciągniemy kreskę przy nasadzie ku górze i przodowi, to widzimy, że nie tylko odgarnąć się dają wszystkie jelita cienkie, ale i kątnica z częścią okrężnicy, razem 30 cm. wysokości, które w około otoczone są otrzewną i wolno wiszą na tejże saméj, co jelita cienkie kresce; a wtedy widzimy też, że cała prawa strona brzuszna od wątroby aż do miednicy małéj, cała środkowa jama miednicy małéj i jama biodrowa lewa (z wyjątkiem zakrzywienia esowatego w niéj leżącego) przedstawiają zupełnie próżną jamę, bez wszelkich jelit, tylną zaś ścianę brzuszną pokrywa delikatna błona otrzewny nad nerką prawą naciągnięta. Kreska ta wspólna dla jelita cienkiego, kątnicy i części dolnéj okrężnicy wstępującéj ma 14 — 18 cm. wysokości. Część okrężnicy wstępującéj powyżéj leżąca aż do skrzyżowania się z okrężnicą poprzeczną dolną, posiada śródjelicie 8 — 10 cm. wysokie, które jest utworzone z lewéj strony kreski jelita cienkiego i przedstawia jakoby lewe ramię kreski, mającéj kształt szeroko rozwartego V.

Ta część okrężnicy niedaje się jednak z miejsca poruszyć i odgarnąć z powodu, że 30 cm. nad szczytem kątnicy jest pasmem włóknistém i zbitém tkanki łącznéj, 4 cm. szerokiém, przyrośnięte do szczytu dolnego zakrzywienia esowatego, który do niéj przylega; powyżéj zaś tego pasma znajduje się pomiędzy tylną blaszką śródjelicia okrężnicy wstępującéj a tylną ścianą otrzewny, która potém przechodzi na okrężnicę zstępującą, głęboka zatoka, ograniczona od góry jelitem okrężnicę wstępującą krzyżującém. Cała część jelita tworząca opisane powyżéj zakręty pod żołądkiem (okr. poprzeczna) niema żadnéj kreski, a takowa rozpoczyna się znowu aż w części jelita przechodzącéj w okrężnicę zstępującą. Tu kreska wychodzi jak zwykle od tylnego lewego kąta ściany brzusznéj i jest w okrężnicy zstępującéj 4 — 5 cm., w zakrzywieniu esowatém 10 — 12 cm., dla prostnicy wysoką.

Okrężnica poprzeczna przebiegająca pod żołądkiem ku dwunastnicy i wracająca napowrót poniżéj na lewą stronę, tworzy od okrężnicy wstępującéj na prawo pętlę szczytem zwróconą ku dwunastnicy i jest ze sobą zrośnięta zbitą, włóknistą, krótką tkanką łączną, która przechodzi od dolnego

ramienia jako szerokie zbite pasmo i na okrężnicę wstępującą, którą te dwa jelita są ze sobą zrośnięte. Zrosty te sprawiają, że położenie powikłanych tu jelit jest stałém i żadną miarą nieda się zmienić. Pętla jednak okrężnicy poprzecznéj po prawéj stronie od okrężnicy wstępującéj jest zupełnie wolną, otoczoną w około otrzewną, przylega szczytem luźnie tylko do dwunastnicy, da się jednak swobodnie odgarnąć ku górze i ku lewéj stronie, przyczém pod nią okazuje się początek kreski opisanéj jelita cienkiego.

Sieć wielka przedstawia również stosunki zupełnie zmienione. Jedną częścią jest ona bowiem od zakrzywienia wielkiego żołądka mocno przyciągniętą ku stronie lewéj, przyczepia się tu do kawałka okrężnicy poprzecznéj, pokrywa takową i ramię poprzeczne dolne aż do lewéj ściany brzusznéj i przyczepia się brzegiem lewym do śledziony i do bocznéj lewéj ściany brzusznéj, z utkaniem któréj się zlewa (na rycinie część ta odcięta). Bardziéj na prawo przechodzi przez okrężnicę poprzeczną i pasmo włókniste przyczepiające części te do okrężnicy wstępującéj, pokrywa w całości ostatnią i przechodzi szeroką delikatną błonką na kreskę jelit cienkich. Inna część sieci podsuwa się od tyłu do obu ramion pętli okrężnicy poprzecznéj i przyczepia się od góry i z tyłu do obu tych części, wikłając się tamże w zagmatwaną pajęczynowatą tkaninę, w wielu miejscach strzępiasto wiszącą. Ku prawéj stronie przechodzi na dwunastnicę, na któréj również tworzy zagmatwaną tkaninę pajęczynowatą, a stąd rozściela się po całéj przedniéj blaszce kreski wspólnéj, tak, że ta z wyjątkiem odcinku małego kreski, który leży pod wątrobą wyżéj od dwunastnicy, jest w całości pokryta delikatną, jedną tylko warstwę stanowiącą błonką sieciową. Brzegi téj błonki sięgają aż do samych jelit cienkich i są z otrzewną kreski tak ściśle zrośnięte, że wyśledzić się nigdzie nie dają; tu i owdzie jest błona ta i do płaszczyzny kreski przyczepioną, w wielu jednak miejscach daje się w kształcie pęcherza nad kreską podnosić, a wszędzie poznać się daje jako biaława, cienka, pofałdowana błonka.

Jelita cienkie znaleziono przytém objętości zwykłéj. Wszystkie zaś jelita grube były mocno rozdęte i wypełnione ogromną ilością kału mniéj lub więcéj gęstego; przepłukanie zaś takowych udaje się z wielką tylką trudnością, woda bowiem nalana spiera się w wielorakich opisanych zakrzywieniach i zamyka sama swojém ciśnieniem jelita, aż do zupełnéj bezdrożności. Błony śluzowe żołądka i jelit napotkano zresztą w stanie zupełnie prawidłowym.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Dra Rosnera w Krakowie.

Uwagi nad najnowszemi środkami przeciwkiłowemi używanemi do wstrzykiwań podskórnych.

Skreślił na podstawie spostrzeżeń klinicznych

Dr. Ferdynand Obtułowicz,
Asystent téjże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

Co do zalet najpierw peptonu rtęciowego, to uwydatnić muszę już na początku méj rozprawki wspomnianą stałość połączenia; pod względem działania nie różni się prawie niczém od skutków leczniczych obszerniéj omówionych przy użyciu białkanu rtęciowego. Co do stron ujemnych, to podnieść muszę ból, jaki powstaje przy zastrzyknięciu, a który wcale nie jest mniejszy, jeżeli nie większy, niż po zastrzyknięciu białkanu rtęciowego, jakoteż nacieki podskórne powstają w 1—2 dni po tym drobnym rękoczynie i trwają 3—4 a nawet 7 dni zwolna ustępując. Ból w naszych przypadkach występował w chwilkę po zastrzyknięciu i trwał przez 2—3 godzin w stopniu nieraz dość znacznym, a potém tylko sprawiał pewną niedogodę przy spaniu na boku odpowiednim nie upośledzając jednak żadnych funkcyj fizyjologicznych ustroju. Tą samą wadą grzeszy i pepton jodo-rtęciowy nawet z dodatkiem gliceryny, a pod względem skuteczności, to o tyle przewyższał dotychczas omówione przetwory rtęciowe, że w przypadku poniżéj opisanym skąpa osutka kiłowa krostkowa dość szybko pod wpływem wstrzykiwań peptonu jodortęciowego znikały, bo 13 injekcyj wystarczyły do jéj usunięcia, do podgojenia kłykcin i zmniejszenia gruczołów.

Celem przekonania się, czy w istocie przetwory te sprawiają ból dość znaczny, wstrzyknąłem 1 gram peptonu rtęciowego rozpuszczonego w jodku litu młodemu lekarzowi zostającemu w méj opiece prosząc go o nakreślenie uczucia, jakiego od pierwszéj chwili po wstrzyknięciu doznawał, jakoteż mierzenie ciepłoty co 2 godziny. Ponieważ zeznania jego zostawały w zupełnéj zgodzie z tém, co inni chorzy tym sposobem leczeni opowiadali, przeto uważam za rzecz odpowiednią pokrótce nakreślić te nie bez wartości praktycznéj indywidualne uczucia: „W chwili zastrzyknięcia nie było bólu żadnego, tylko uczucie ciepła"; odpowiednio temu widywałem zawsze zarumienienie skóry, czyli silniejszy napływ krwi do miejsca, w którém wprowadziłem lek pod skórę. W dwie minuty późniéj wystąpił ból mocno piekący i szczypiący w samém miejscu zakłucia. Po 10 minutach ból zmalał nieco, lecz wystąpiło uczucie ciepłego okręgu, jak gdyby krążek ogrzany był przyłożony, a w środku tegoż ból szczypiący utrzymywał się ciągle. Uczucie to krążka ciepłego ustąpiło w pół godziny, lecz ból utrzymywał się ciągle, a w 2 godziny nawet wzmógł się rozpromieniając się po całym organizmie. Dopiero po 4 godzinach poczynał ból ustępować dolegając tylko potém choremu przy spaniu o tyle, o ile nie mógł wyleżeć na boku, na którym zrobiono wstrzykiwanie. Co do wpływu na ciepłotę i tętno, to środek ten nie zmieniał wybitnie wahań ich fizyjologicznych. O 4téj po południu to jest w chwili zastrzyknięcia była ciepłota 36·3, tętno 94, w 2 godziny później tj. o 6téj 36·9, tętno 88, o 8 wieczór 37·2, tętno 84, o 8 z rana dnia następnego 37·0, tętno 84.

Nie ulega najmniejszéj kwestyi, że odgrywa tu nader wielką rolę indywidualność chorego, wybranie odpowiedniego miejsca do wstrzyknięcia, i zręczność przy wykonaniu téj małéj operacyi, jakoteż przyzwyczajenie się chorego do znoszenia przykrych uczuć, lecz nawzajem tylko dodam, że chory, któremu zawdzięczam co dopiero przytoczone zeznanie, wybornie znosił zastrzykiwania sublimatu z solą kuchenną z małym dodatkiem morfinu, a dalszym wstrzykiwaniom peptonów rtęciowych żadną miarą poddać się nie chciał.

Na zakończenie tego rozdziału dodaję jeszcze celem lepszego uwidocznienia działalności peptonów krótkie wyciągi z ważniejszych historyj chorób, jakie w liczbie 8 mam pod ręką.

1) Agata G., lat 20, wyrobnica przybyła 28 grudnia 1877 na naszą klinikę, gdzie rozpoznano: „*Syphilis secun-*

daria recens cutanea maculosa trunci, in cervice varioliformis. Polyadenitis inguinalis et nuchalis insignis. Condylomata lata ad tonsillas et ad genitalia majoris gradus".

Choroba datuje się od 2 miesięcy; gruczoły pachwinowe wielkości orzechów włoskich, a na częściach rodnych, w rowkach łonowo-udowych i koło stolca olbrzymie kłykciny sączące, obok tego obrzmienie wargi wstydliwéj większéj lewéj do wielkości jaja kurzego.

Już po wstrzyknięciach peptonu jodo-rtęciowego (po 1 grm.) osutka krostkowa na karku zaczęła ustępować; ból po wstrzyknięciach był wprawdzie dość znaczny utrzymując się od 4 — 5 godzin, ale nacieki były nieznaczne. 14 stycznia po 13 wstrzyknięciach pozostał zaledwie ślad osutki, a kłykciny przy użyciu nadto metody Chérona widocznie ustępują. Ostatnie cztery wstrzyknięcia prawie chorą nic nie bolały. 17 stycznia po 15 wstrzyknięciach osutka ustąpiła zupełnie, z kłykcin zaledwie ślad, a 21 stycznia po 20 injekcyjach i 8 tuszowaniach m. Chérona opuściła chora zakład bardzo dobrze odżywiona.

W ciągu 23 dni leczenia przybyło jéj 5 funtów (105—110 funt.); późniejsze wstrzykiwania sprawiały jéj tylko ból trwający $^1/_2$ godziny, późniéj następował rodzaj otrętwienia miejscowego, nacieki wielkości orzecha włoskiego, niezbyt twarde, ustępowały w ciągu 4 — 7 dni; sen i apetyt były bardzo dobre.

2) Za to druga chora Wiktoryja G., równocześnie z poprzednią leczona, uskarżała się bardzo na ból po wstrzyknięciach peptonu jodo-rtęciowego podając, iż przez cały dzień czuje mocne pieczenie w miejscu zastrzyknięcia, a nawet w nocy z tego powodu dobrze spać nie może. U choréj téj 14 wstrzykiwań usunęło zupełnie osutkę plamisto-guziczkową i chrypkę, a kłykciny na częściach rodnych i migdałkach znikły niemal zupełnie; gruczoły pachwinowe z początku wielkości orzechów włoskich zmalały do wielkości orzechów laskowych. Dalszych 10 wstrzykiwań otrzymała z sublimatu połączonego z solą kuchenną i morfinem chwaląc sobie ten środek w porównaniu z dawniejszym. Po 25 wstrzykiwaniach opuściła zakład wyleczona.

3) Stanisław S. z Rakowic, lat 27, przybył 15 listopada 1877 na klinikę. Rozpoznanie brzmiało: *Syphilis secund. recens cutanea maculosa. Pharyngitis syphil. Condylomata lata ad genitalia. Phimosis ex induratione. Polyadenitis nuchalis haud insignis.*

Wrzód twardy miał się pojawić przed 2 miesiącami. Zalecono choremu wstrzykiwania z peptonu rtęciowego. Chory uskarżał się zaraz po 1 injekcyi na ból odzywający się nawet w nocy w chwili budzenia się, zresztą atoli spał dobrze. Naciek nieznaczny, przy ucisku niebolesny. Drugie wstrzyknięcie nie sprawiało już tyle bolu choremu, szczypanie wystąpiło dopiero w 5 minut po wstrzyknięciu i utrzymywało się 3 godziny; dalsze wstrzykiwania znosił jeszcze lepiéj. Po 12 wstrzykiwaniach znikła osutka plamista, a kłykciny po użyciu 3-krotném metody Chérona i 14 wstrzyknięciach peptonu rtęciowego pokryły się przyskórkiem; wszystkie zaś zmiany kiłowe, nawet nacieki po kłykcinach ustąpiły po 30 injekcyjach czyli miesiącu leczenia. Dobrze odżywiony nie straciwszy nic na wadze (112 funtów) opuścił 16 grudnia zakład kliniczny.

Co do skuteczności zatém, to peptony rtęciowe wcale nie ustępują pierwszeństwa białkanowi rtęciowemu, ani téż innym środkom służącym do wstrzykiwań podskórnych; a peptony jodo-rtęciowe szybko usuwają zmiany kiłowe i korzystny wywierają wpływ szczególniéj na gruczoły, będące według wielu autorów siedzibą jadu kiłowego, z których on od czasu do czasu silniejszym prądem rozlewa się po ustroju. Bolesność możnaby zmniejszyć przez wstrzyknięcie poprzednio odpowiedniéj dawki morfinu (od 0,008 — 0,01) lub domięszanie do rozczynu peptonu rtęciowego stósownéj ilości morfinu, np. na 100 gramów peptonu 0,80 lub nawet 1 grm. morfinu. Środka tego jednak nie można domięszać do peptonu jodo-rtęciowego, gdyż zaraz powstaje osad, skutkiem rozkładu chlorku morfinu i powstawania jodku rtęciowego w postaci osadu żółtego; wypadałoby zatém wprzód zastrzyknąć morfin, a potém dopiero przepłukawszy strzykawkę pepton jodortęciowy. Nie mam atoli wielkiéj nadziei, aby i te przetwory rtęciowe zyskały sobie prawo obywatelstwa w terapii kiły; z powodu nowości mają one tylko rozgłos chwilowy i chwilowo tylko budzą naukowe zajęcia, lecz z pewnością wkrótce jak sinki, białkany i inne przetwory rtęciowe utoną w zapomnienia fali utorowawszy drogę środkowi najprostszemu, najtańszemu i najłagodniejszemu, czyli najmniéj bolesnemu po zastrzyknięciu. Zresztą sama trudność w przygotowaniu sobie środka nienagannego, chociaż się nie rozkłada tak łatwo, jak białkan rtęciowy, sumienne stworzenie tak dobrego peptonu, jak i całego peptonu rtęciowego lub jodo-rtęciowego, troskliwe przesączanie itd., a wreszcie drożyzna dobrego środka muszą stać na przeszkodzie rozpowszechnieniu się i dłuższemu użyciu w praktyce przetworu, któremu znów cudownych własności wcale przyznać nie można.

3.

Stosunek sublimatu do białka zwierzęcego i rozpuszczalność białkanu rtęciowego stanowiła w ostatnich czasach, jak to już poprzednio wspomniałem, ulubiony przedmiot zajęcia naukowego dla chemików i niektórych lekarzy praktycznych usiłujących wyzyskać zdobycze naukowe, na tém polu zrobione, do celów terapeutycznych. Już Lassaigne *(Gmelin, Handbuch der Chemie Bd. VII.)* przekonał się, że rozczyn sublimatu pomięszany z równą ilością rozczynu soli kuchennéj nie sprawia tak znacznego osadu w rozczynie białka, jak wtenczas, kiedy zupełnie brakuje domieszki soli kuchennéj; a jeżeli stosunek sublimatu do soli kuchennéj weźmiemy taki, żeby dwie drobiny sublimatu przypadały na 3 drobiny soli kuchennéj, to nawet za dodaniem do powyższych rozczynów białka zwierzęcego żadnego osadu nie otrzymamy. Toż samo w zupełności w czasach ostatnich potwierdził Juliusz Müller *(Archiv der Pharmacie CXCIV. Bd. 1, Heft I.)*, który nawet przypuszczał, że wszystkie przetwory rtęciowe dostając się do krwi krążą w niéj jako połączenie podwójne sublimatu z solą kuchenną, nie łącząc się wcale chemicznie z białkiem ustroju. Przy wcieraniach również szaruchy skutkiem oddziaływania chlorków zawartych w pocie na rtęć metaliczną tworzy się połączenie sublimatu z solą kuchenną i dopiero tym sposobem wnika w soki ustroju i wywiera zbawienne działanie tłumiąc spotęgowany jad kiłowy. Hołdując takim zapatrywaniom zalecał téż Müller do użycia w celach leczniczych sublimat w połączeniu z solą kuchenną z nadmiarem tego rozczynnika, jako racyjonalny przetwór rtęciowy nie ścinający wcale białka ustrojowego, a to tém bardziéj, że połączenie powyższe już po za ustrojem przysposobione może od razu daleko szybszy i energiczniejszy skutek wywołać, niż wszelkie inne przetwory rtęciowe, które dopiero sam ustrój zwierzęcy na takie połączenie podwójne wprzód przetworzyć muszą, zanim one dostawszy się w ogólne krąże-

nie rozwinąć potrafią skuteczne działanie. Również prof. Maly zachwala to połączenie, z tą jednak wyraźną uwagą, że nie powinno zbywać na soli kuchennéj. Według jego wskazówek powinno być co najmniéj 10 razy tyle soli kuchennéj co sublimatu, czyli roczczyn 100 gramowy powinien zawierać 1 grm. sublimatu, a 10 gramów soli kuchennéj.

Przetworu tego można używać tak wewnętrznie, jak i do wstrzykiwań podskórnych. Emil Stern w Wrocławiu używał jeszcze w r. 1870 sublimatu połączonego z nadmiarem soli kuchennéj na wewnątrz w przypadkach kiły z rezultatem wcale pomyślnym *(Berliner klinische Wochenschrift.* Nr. 35, 1870 i 1878, 5 str. 60.), a później dopiero stósował go do wstrzykiwań podskórnych i wyraża się o przetworze tym nader pochlebnie zaznaczając dla niego pierwsze miejsce między wszystkiemi przetworami rtęciowemi użytemi do wstrzykiwań podskórnych. Również wielkie pochwały oddaje mu Gschirhakl, który leczył przypadki kiły na oddziale prof. Redera w Wiedniu za pomocą tego przetworu biorąc jednak mniéj nieco soli kuchennéj, niż prof. Maly zaleca, bo zamiast 10 grm., tylko 6 grm. na 100 grm. płynu. *(Wiener medic. Wochenschr.* 1877. Nr. 10, 12, 13 i 14.)

(Dalszy ciąg nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

P. Bruns (w Tybindze): **Uwagi o przeciwgnilnym opatrunku.**

1) Domowy wyrób składników przeciwgnilnego opatrunku. Aby opatrunek przeciwgnilny mógł być ogólnie używanym, muszą składniki jego znacznie spaść w cenie, gdyż przy dotychczasowym pociąganiu tychże z fabryk, koszt takiego leczenia jest bardzo znacznym. Prof. Nussbaum w Monachijum, który, jak to na przeszłorocznym zjeździe lekarzy niemieckich podał, rocznie spożytkowuje około 40,000 metrów gazy antyseptycznéj, założył przy szpitalu parową fabrykę tejże na małą skalę. I referent wyrabia od kilku lat w szpitalu św. Łazarza gazę antyseptyczną według metody, którą Lesser podał w *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* Że zaś powyższa fabryka wymaga dosyć znacznego nakładu bo do tysiąca złr. a i sposób przez referenta używany nie jest bez zachodu, przeto sądzę, że metoda przez Brunsa podana znajdzie chętnych adeptów osobliwie w kolegach na prowincyi, którzy nie rozporządzają znaczniejszemi funduszami. Ułatwienie polega na tém, że wyrób gazy odbywa się na zimno a więc, że nie potrzeba do tego żadnych osobliwych przyborów. Przepis jest następujący: 1 kgm. gazy pozbawionéj tłuszczu (10 metrów kosztuje u Maagera 1 złr. 80 c.) polewa się płynem składającym się z 2000 kub. cm. wyskoku, 400,0 żywicy *(colophonium),* 40,0 olejku rącznikowego (celem nadania gibkości) i 100,0 kw. karbolowego. Tym sposobem otrzymujemy po wyschnięciu gazę zawierającą 10% kw. karbolowego.

Również poleca B. gazę napojoną kw. będźwinowym a którą wyrabia w sposób następujący: Na 1 kgm. gazy daje się 100,0 Acid. Benzoic., 40,0 Ol. Ricin. i 2360 kub. cm. wyskoku.

2) W przypadkach gdzie nie można założyć opatrunku przeciwgnilnego, jak np. przy częściowéj zgorzeli, przy znacznych zmiażdżeniach itp., radzi B. używać nieustającego zraszania za pomocą środków przeciwgnilnych a za najlepszy środek uważa pod tym względem octan glinu, gdyż tenże nawet w bardzo słabym rozczynie 1 : 1000 powstrzymuje gnicie i dobrze odwania. Celem otrzymania 3% rozczynu podaje następującą formułkę: Rp. Aluminis 72,0, Plumb. acetic. 115,0, Aq. q. s. ut f. solut. 1000. M. filtra.

Do użytku trzeba płyn ten rozcieńczyć jeszcze podwójną ilością wody, tak aby otrzymać 1% rozczyn. Ranę należy pokryć gazą czystą we dwoje złożoną, aby płyn skraplany dobrze się po niéj rozchodził. Okolicę rany najlepiéj jest posmarować jakimś tłuszczem, aby uniknąć zadrażnienia tych części. *(Berl. klin. Woch.* 1878. Nr. 29.). *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne XIII. z dnia 3go lipca 1878 r.

Przewodniczący kol. Zarewicz. Obecnych członków 14.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31.)

3) Kol. Dembowski przedstawił chorą z oddziału prymaryjusza kol. Obalińskiego. Przedstawiona chora podaje, iż cierpienie rozpoczęło się u niéj w grudniu r. 1877 dotkliwym bolem w przedramieniu prawém, oraz obrzmieniem i zaczerwienieniem; bóle zmniejszyły się nieco, gdy się zrobiły po stronie zewnętrznéj dwa otwory, z których ropa w dość znacznéj ilości wypływała. Z końcem lutego przybyła chora do szpitala w następującym stanie: Wzrost średni, skóra blado-żółta, podudzia i stopy lekko obrzmiałe, temperatura wieczorna 39·6°, tętno 120, język suchawy, pragnienie, brak apetytu. W innych narządach niema zmian chorobowych. Badanie odnogi wykazało: Odnoga prawa w stawie łokciowym zgięta pod kątem prostym: ruchy w tym stawie bardzo ograniczone, ale nie bolesne, tak czynne, jak bierne. Przedramię w całości mocno obrzmiałe i dość twarde, po stronie kości łokciowéj znachodzą się dwa wrzody wielkości talara, z których jeden tuż poniżéj stawu łokciowego, drugi w saméj połowie kości. Na dnie pierwszego wrzodu widać kość obnażoną, wyszczerbaną wielkości czworaka, ale nie ruchomą. Od wrzodów tych prowadzą zatoki w rozmaitych kierunkach, z których można wygnieść znaczną ilość brudnéj mocno cuchnącéj ropy. Od czasu przyjęcia choréj, tj. od 28 lutego, do dnia w którym wykonano operacyję, tj. 5 marca 1878 ciepłota wieczorna dochodziła 38·7 — 39·6°; tętno słabe, osłabienie ogólne znaczne. W tych warunkach przystąpiono do operacyi i po zachloroformowaniu choréj wykonał kol. Obaliński cięcie podłużne, po stronie zewnętrznéj wzdłuż kości łokciowéj i przez otwór ten wyjęto dość łatwo całą kość łokciową, któréj ¾ górne części były nekrotyczne, dolna zaś 4ta nie; mimo to jednak i ta część wyłuszczyła się z okostnéj; staw łokciowy okazał się otwartym, a koniec stawowy kości barkowéj nekrotyczny powierzchownie. Krwawienie było początkowo bardzo małe; ranę tamponowano watą salicylową. Wyjęto zatém w tym przypadku całą kość łokciową, z pozostawieniem okostnéj; rana zajmuje ¾ przedramienia i jest zupełnie otwartą. Chora przestała po operacyi gorączkować, apetyt się zwiększył, granulacyje zaczęły zwolna występować z brzegów i głębi rany. Przy dyjecie pożywnéj i środkach tonicznych ustąpiło obrzmienie odnóg dolnych. Początkowo używano opatrunku Listerowskiego, po wypełnieniu rany ziarniną, maści borowéj. Prawidłowy przebieg gojenia rany zakłócony został wystąpieniem zimnicy, przyczém granulacyje zbladły i pokryły się wypociną. Po ustąpieniu zimnicy rozpoczęło się prawidłowe gojenie rany, zabliźnienie posuwało się od brzegów ku środkowi, a w 1½ miesiąca po operacyi była rana zupełnie zabliźnioną. W kilka dni po zupełném zabliźnieniu spostrzeżono wzdłuż kości sprychowéj wrzodzik wielkości centa pokryty brudną wypociną: wrzód ten zaczął się rozszerzać, oraz drążyć w głąb, a zgłębnik napotykał kość obnażoną, chropawą wielkości centa. Wrzód ten dążył coraz bardziéj w głąb, a ponieważ nie zmniejszał się pomimo najstaranniejszego opatrzenia karbolowego, zalecono wewnętrznie jodek potasu a maść rtęciową na wrzód,

przypuszczając zakażenie kiłowe, (pomimo iż nie można było wybadać kiły) skutek leczenia tego okazał się dobrym, granulacyje wypełniły ranę, oczyściły się i wrzód zaczął się zmniejszać. Obecnie okazuje przedstawiona chora bliznę, wzdłuż przebiegu kości łokciowéj. W miejscu téj kości natrafiamy na kość nowoutworzoną z okostnéj. Ruchy odnogą wykonywa w całości; w stawie łokciowym zgięta pod kątem rozwartym; wrzód nad kością sprychową pokryty bujną zabliźniającą się ziarniną. Wynik operacyjny tak pomyślny jak w przedstawionym przypadku zasługuje na uwagę szczególnie z tego względu, iż w piśmiennictwie znachodzimy zaledwo kilka tak szczęśliwie zakończonych przypadków. W dyskusyi wspomina kol. Obaliński, że przed kilkoma laty przedstawiał chorego z podobnym procesem chorobowym; przed laty 20 skazana byłaby taka ręka na amputacyję, dziś może być uratowaną. Kol. Blumenstok zapytuje się ze stanowiska sądowo lekarskiego, czy ręka taka jest zdolną do pracy? Kol. Obaliński odpowiada, że orzeczenie stanowcze byłoby możebne tylko na podstawie licznych obserwacyj, a podobnych przypadków nie wiele zanotowanych znachodzimy w literaturze; do ciężkiéj pracy będzie ta ręka prawdopodobnie niezdatną, w każdym razie jednak użyteczną przy ruchach nie bardzo złożonych. Kol. Blumenstok twierdzi, że byłoby pożądaną rzeczą, niespuszczać choréj z uwagi; ciekawém byłoby wiedzieć, jak np po 2 — 3 latach stan téj ręki przedstawiać się będzie.

4) Kol. prof. Blumenstok mówi o obserwowanym razem z kol. Żuławskim przypadku sądowolekarskim obrażenia głowy u kobiety 70-letniéj za pomocą młota kamieniarskiego ważącego 7 kilo. Nastąpiło złamanie kości bocznéj z wgnieceniem na wewnątrz. W 6 tygodni po obrażeniu przy badaniu sądowolekar. i oczyszczeniu rany wyjęto odłamek kostny, na którym znajdowała się drobna szczelina, a w niéj wklinowanych było kilkanaście włosów, które przy badaniu mikroskopowém okazały się końcami włosów gładko odciętych. Śmierć kobiety nastąpiła we 2 miesiące po obrażeniu a sekcyja wykazała: wgniecenie kości na wewnątrz oraz włókniste zabliźnienie złamania, *pachymeningitis haemorrhagica interna,* zapalenie płuc obustronne. Liczne jamki wielkości pestki od wiśni w obu płucach obok ropienia znalezionego w ranie kostnéj przemawiają za zapaleniem płuc zatorowém. Prelegent okazuje tak odłamek z włosami zaklinowanemi, wyjęty za życia, jakoteż wypiłowaną przy sekcyi część sklepienia czaszkowego, w któréj znajdowała się rana i stwierdza, że zachodzi przypadek całkiem podobny opisanemu przez Königa w dziele chirurgicznéṁ (1 wydanie, tom 1, str. 19.), wreszcie podaje uwagi nad znaczeniem włosów wklinowanych w szczeliny czaszkowe odwołując się do przypadków Brunsa, Hofmanna i Schlemmera.

W dyskusyi podnosi kol. Warschauer, iż w ocenianiu przypadków sądowych powinien być lekarz nadzwyczaj ostrożnym, a pożądaną byłoby rzeczą seminaryja dla lekarzy sądowych. Kol. Majewski zapytuje się, czy zapalenie płuc wystąpiło z powodu ropnicy czy też zatoru? Kol. B. odpowiada, że w przypadku danym rozchodziło się, czy zapalenie płuc powstało z zatoru czyli też była to t. zw. *pneumonia ab ingestis (Schluckpneumonie)*; ponieważ ostatnią formę można było wykluczyć, przemawiało têm bardziéj za pierwszą zapalenie ropne w kościach czaszkowych. Kol. Obtułowicz wspomina o podobnym przypadku z praktyki sądowéj: mężczyzna został uderzony kamieniem w głowę; skutkiem urazu czaszka pękła; w tydzień późniéj zapadł pacyjent na zapalenie stawu kolanowego, które go po niejakim czasie zmusiło do leżenia w łóżku, wkrótce wystąpiły odleżyny, a w 3 miesiące zmarł skutkiem zapalenia płuc. Kol. O. pojmuje to jako ropnicę. Kol. Warschauer twierdzi, że w przypadku opowiedzianym przez kol. prof. Blumenstoka nie można na pewno twierdzić, czy zapalenie płuc pochodziło z zatoru prostego, czy ropnicy. Kol. Obaliński podnosi, że niepotrzebnie została rzecz zawikłaną, gdyż istota jéj pozostanie ta sama, chociaż rozmaitych nazw użyć można. Co do wklinowania włosów w szczelinę pękniętéj czaszki, potrzeba zdaniem kol. prelegenta narzędzia kończastego, gdyż rozchodzi się tu o odcięcie włosów i następne wklinowanie pomiędzy brzegi szczeliny. Kol. Obaliński sądzi, że włos nie musi być przeciętym, ażeby został wklinowany; uderzenie może nastąpić pod kątem przez narzędzie nie ostre, a wywoła pęknięcie skóry i kości z następowém wklinowaniem włosów w kształcie pętli. Prelegent odpowiada, że w opisanych 3 przypadkach wiedeńskich badano włosy pod mikroskopem i przekonano się, że były odcięte, o pętli niema wzmianki. Zdaniem kol. Dembowskiego należałoby kość rozłupać, ażeby się przekonać czy niema w niniejszym przypadku uwięzionéj pętli.

Na têm dyskusyję zakończono, a posiedzenia odroczono do października. *Dr. Wurst.*

V. Listy ze Lwowa.

Szanowna Redakcyjo! Z radością spieszę uwiadomić, że Wydział krajowy powziął 2 sierpnia br. niezmiernie ważne uchwały pod względem reorganizacyi służby dozorców w zakładzie umysłowo chorych w Kulparkowie.

Uchwały te są:

A. 1) Ustanowić w zakładzie na Kulparkowie dla służby oddziałowéj cztery stopnie płacy:

Na oddziale męzkim:

a) Trzech posługaczy po 15 złr. miesięcznie i wikt II klasy. Ci mają być użyci do pomocy nadzorcy po jednym na każdém piętrze, *b)* sześciu posługaczy po 12 złr. miesięcznie, *c)* dziesięciu po 10 złr. miesięcznie, *d)* reszta po 8 złr. miesięcznie i wikt III klasy.

Na oddziale kobiet:

a) Trzy posługaczki po 12 złr. miesięcznie, *b)* sześć posługaczek po 10 złr., *c)* dziesięć posługaczek po 8 złr., *d)* reszta po 7 złr. i wikt III klasy.

2) Polecić Dyrektorowi, ażeby liczbę służby oddziałowéj stosował do liczby obłąkanych, licząc na oddziale mężczyzn średnio jednego posługacza na 6 chorych, zaś na oddziale kobiet jedną posługaczkę na 7 obłąkanych.

3) Polecić Dyrektorowi, aby z funduszu powstałego z grzywien nałożonych przez niego na służbę oddziałową udzielał w ciągu roku posługaczom i posługaczkom nagrody za gorliwe pełnienie obowiązków. W nadzwyczajnych zaś przypadkach ma Dyrektor odznaczających się przedstawić Wydziałowi krajowemu do wynagrodzenia.

4) Polecić Dyrektorowi, ażeby wprowadził w życie systematyczną naukę dla służby oddziałowéj pod swoim kierunkiem.

5) Polecić Dyrektorowi, ażeby wprowadził wspólny stół dla służby.

6) Polecić Dyrektorowi, aby powyższe postanowienia wykonał z dniem 1 września b. r.

B. Przygotować sprawozdanie do Sejmu donoszące o tych zarządzeniach z wnioskiem o przyznanie służbie oddziałowéj prawa pobierania emerytury z funduszu zakładu w razie okaleczenia i nieudolności do pracy w ten sposób, żeby po wysłużonych dziesięciu latach mogli pobierać $^1/_3$ ostatniéj swéj płacy, po 20 latach $^2/_3$, zaś po 30 latach całą płacę.

Daj Boże, żeby reorganizacyja ta tak pożądana oddawna mogła być zaprowadzoną i w innych krajowych szpitalach we Lwowie i Krakowie.

Lwów dnia 5 sierpnia 1878. *J. S.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, d. 8 sierpnia. Miniser oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych mianował na rok szkolny 1878/79 do komisyi dla egzaminów ścisłych lekarskich w uniwersytecie krakowskim: komisarzem rządowym prof. Dra Lucyjana Rydla, jego zastępcą prof. Dra Maurycego Madurowicza; koegzaminatorem przy drugiém rygorozum Dra Stanisława Pareńskiego, prymaryjusza szpitala św. Łazarza, jego zastępcą prof. Dra Le-

ona Macieja Jakubowskiego; koegzaminatorem przy trzeciém rygorozum prof. Dra Antoniego Rosnera, jego zastępcą Dra Alfreda Obalińskiego, prymaryjusza szpitala św. Łazarza.

-- W sprawie przeniesienia klinik do szpitala św. Łazarza, o któréj donosiliśmy w Nrach 30 i 31 Przeglądu, otrzymujemy następujące sprawozdanie szczegółowe, które dla ważności przedmiotu umieścić pospieszamy.

(?) Komisyja w sprawie przeniesienia klinik do szpitala św. Łazarza, o któréj donosiliście w Nr. 30 Przeglądu Lekarskiego, odbywała swe czynności w dniach 25, 26 i 27 lipca. Zebranie pełnéj komisyi poprzedzały narady poufne proff. klinicznych Drów Bryka, Korczyńskiego i Rosnera w obecności sekretarza Namiestnictwa pana Ottmana i Dziekana Wydziału prof. Dra Piotrowskiego. W sprawie zaprowadzenia oszczędności w wydatkach utrzymania klinik, których domagało się Ministerstwo Oświaty od wszystkich uniwersytetów monarchii na żądanie Rady Państwa, zebrani przechodząc ściśle wszystkie pozycyje wydatków przyszli do zgodnego przekonania, że przyczyną stosunkowo znacznego kosztu utrzymania klinik krakowskich (około 28·000 rocznie) jest ich odrębność jako małego zakładu leczniczego, którego administracyja musi pociągać za sobą koszta daleko większe, aniżeli klinik złączonych z większemi szpitalami powszechnemi i że jedynym radykalnym środkiem zaoszczędzenia funduszów państwowych jest wcielenie klinik do szpitala. Przeniesienie klinik do szpitala, tak jak to ma miejsce we wszystkich miastach uniwersyteckich, uznali zebrani, zgodnie ze zdaniem poprzednio już wyrażoném przez Wydział lekarski, także jako jedyny środek zapobiegający niedostateczności materyjału naukowego, który przeważnie w klinice lekarskiéj i chirurgicznéj dotkliwie uczuć się daje. Uznając w zasadzie potrzebę przeniesienia wszystkich klinik do szpitala św. Łazarza, wyrażono życzenie przeniesienia na teraz przynajmniéj kliniki lekarskiéj do jednego z nowowybudowanych pawilonów, zaś gdyby to z powodu braku miejsca nie było możebném zgodzono się na przedstawienie potrzeby budowania klinik na gruncie do szpitala św. Łazarza należącym.

Na właściwém posiedzeniu piérwszém komisyi, które odbyło się w obecności Delegata Wydziału krajowego Dra Hoszarda pod przewodnictwem Delegata Namiestnictwa Radcy Ministeryjalnego p. Zaleskiego, oświadczył Dr. Hoszard imieniem Wydziału krajowego, że zgadza się w zasadzie, by Zarząd szpitala objął za zwrotem kosztów zarządu (Regiekosten) administracyję klinik, jeżeli takowe przeniesione zostaną do szpitala św. Łazarza, że jednakże obecnie kliniki nie mogą zająć żadnego z nowowystawionych budynków, gdyż takowe zaledwie wystarczą na umieszczenie chorych szpitalnych. Zdaniem Dra Hoszarda byłoby najlepiéj, gdyby Rząd wybudował kliniki na gruncie szpitalnym na folwarku zwanym „blich", a w tym celu Wydział krajowy odstąpiłby Rządowi grunt pod budowę potrzebny za czynszem wieczystym.

W obec tego oświadczenia Delegata Wydziału krajowego komisyja uchwaliła przedstawić Wysokiemu Ministerstwu potrzebę budowania klinik na gruncie szpitalnym.

Na témże posiedzeniu załatwiono także dwie pomniejsze kwestyje dotyczące kliniki położniczéj i kliniki chorób skórnych. Jak wiadomo podjął się Wydział krajowy po przeniesieniu kliniki położniczéj do domu Brodowicza za wynagrodzeniem 2000 złr. rocznie zarządzać tą kliniką i dostarczać żywności, leków i potrzeb leczniczych. Umowy téj Wydział krajowy nie mógł wykonać z powodu znacznéj odległości téj kliniki od szpitala i niemożności umieszczenia własnéj administracyi, zrzekł się więc rocznego wynagrodzenia i płaci Rządowi po 90 grajcarów dziennie za każdą chorą w téj klinice leczoną. Na corocznie powtarzane żądanie Rządu objęcia w administracyję kliniki położniczéj Wydział krajowy odpowiada niemożnością wykonania pierwotnéj umowy. I tym razem oświadczył Delegat Wydziału krajowego, że stosunek prowizoryczny dotychczasowy musi być utrzymany i że umowa pierwotna administrowania kliniki położniczéj może wejść w życie dopiero po przeniesieniu kliniki położniczéj na grunt szpitalny. Klinika chorób skórnych istnieje od lat kilkunastu w szpitalu św. Ducha, a Rząd nie ponosi z tego powodu żadnych kosztów. Ponieważ przy przenoszeniu kliniki chorób skórnych ze szpitala św. Ducha do szpitala św. Łazarza wynikną dla funduszu szpitalnego znaczniejsze koszta adaptacyjne, przeto Wydział lekarski przedstawił Rządowi potrzebę opłacania pewnéj rocznéj sumy przynajmniéj za salę wykladową do kliniki należącą. Delegat Wydziału krajowego oznaczył sumę tę za umieszczenie całéj kliniki chorób skórnych na 300 złr. rocznie.

Drugie posiedzenie komisyi miało na celu bliższe porozumienie się co do oszczędzenia wydatków klinicznych i sformułowania wniosków w sprawie przeniesienia klinik do szpitala.

W pierwszéj sprawie uchwalono zmniejszyć wydatki aptečne przez rozpisanie licytacyi na dostawę leków tak, by aptekarze naprzód oświadczyli, ile żądają nad ceny fabryczne za leki taksą nieobjęte, które obecnie przy dowolności cen stanowią ważną rubrykę wydatków. Zarazem zgodzono się na podniesienie opłaty dziennéj (kurtaxe) z 50 kr. na 65 kr. dziennie, w którym to razie taksa szpitalna będzie zawsze o 10 kr. droższą od opłaty klinicznéj, a fundusz edukacyjny wydawać będzie rocznie przeszło 2000 złr. mniéj na utrzymanie klinik.

Potrzebę przeniesienia klinik do szpitala a względnie budowy klinik na gruncie szpitalnym uchwalono motywować tak względami naukowemi, jakoteż względami oszczędności, obliczywszy, że obecnie utrzymanie dzienne chorego wynosi przeszło 1 złr. 60 kr., zaś przy wspólnéj administracyi szpitalnéj wyniesie zaledwie 1 złr. 20 kr. Między innemi dodano, że budynki zajmowane obecnie przez kliniki będą mogły być użyte na pomieszczenie zakładu fizyjologicznego, farmakologicznego, weterynaryjnego, zakładu dla patologii ogólnéj, kancelaryi Wydziału lekarskiego i sali posiedzeń, dla których to zakładów musianoby i tak stawiać wkrótce osobne budynki. W zasadzie zgodzono się, że klinika położnicza na gruncie szpitalnym stanąć mająca musiałaby rozporządzać odrębnym budynkiem, lub co najmniéj mogłaby być połączoną z kliniką okulistyczną w jeden budynek, ażeby do takowéj nie mogły się dostać pierwiastki chorobowe z kliniki lekarskiéj i chirurgicznéj.

W razie gdyby Ministerstwo z jakiegokolwiek powodu nie zgodziło się z projektem budowania klinik na gruncie szpitalnym, uchwaliła komisyja przedstawić potrzebę niezbędną wystawienia na gruncie klinicznym osobnego budynku dla kliniki chirurgicznéj i budynku administracyjnego.

Spodziewać się należy, że sprawa ulepszenia stosunków klinik krakowskich tak stanowczo podjęta przez Ministerstwo a przeprowadzona przez Namiestnictwo zostanie przynajmniéj w zasadzie rychło i korzystnie załatwioną i że kliniki krakowskie doczekają się raz przecież stosowniejszego umieszczenia i urządzenia. Chętność i wyrozumiałość naczelnika biura szpitalnego w Wydziale krajowym, który na posiedzeniu komisyi złożył niezbite dowody dbałości o dobro klinik i połączonego z takowemi wykształcenia młodzieży lekarskiéj pozwala również spodziewać się, że układy między Rządem a Wydziałem krajowym o zakupno gruntu szpitalnego i o warunki przejęcia administracyi klinik przez Zarząd szpitala doprowadzą do pożądanego skutku.

(?) Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego jest najmniéj uposażonym ze wszystkich wydziałów lekarskich monarchii austryjackiéj. Według zamknięcia rachunkowego z roku 1876 przedłożonego Radzie Państwa wydatki zwyczajne na utrzymanie wydziałów lekarskich wynosiły w Wiedniu 305,130 złr., w Pradze 190,846, w Gracu 89,238, w Insbruku 68,754, zaś w Krakowie tylko 51,361. Uwzględniając liczbę uczniów, która w półroczu letniém 1876 r. wynosiła w Wiedniu 780, w Pradze 269, w Gracu 44, w Insbruku 134, w Krakowie 143, średni wydatek roczny na jednego ucznia wynosi w Gracu 2028 złr., w Pradze 709 złr., w Insbrucku 513 złr. w Wiedniu 391 złr., w Krakowie tylko 359 złr. Dzieląc roczne wydatki zwyczajne (z pominięciem nadzwyczajnych) przez liczbę promocyj wypada, że jeden uczeń promowany na doktora kosztuje w Pradze 3029 złr., w Gracu 2974 złr., w Wiedniu 2104 złr., w Insbruku 1809 złr., zaś w Krakowie tylko 1351 złr. Cyfry te wymowniejsze od najdłuższych wywodów.

○ Statystyka śmiertelności. W tygodniu 29 (od 14 do 20 lipca włącznie) umarło w Krakowie osób 44; 21 mężczyzn i 23 kobiet; 19 osób w obwodach i 25 w szpitalach; roczna śmiertelność na 1000 mieszkańców obecnéj ludności wynosiła 40,7. Z chorób zakaźnych umarło w tymże czasie osób 8, mianowicie: 1 z płonicy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z duru powrotnego, 1 z róży, 3 z czerwonki.

W tygodniu 30 (od 21—27 lipca włącznie) umarło w Krakowie osób 29; 12 mężczyzn i 17 kobiet; 18 osób w obwodach i 11 w szpitalach; roczna śmiertelność aą 1000 osób obecnéj ludności wynosiła 26,9.

* **Paryż.** Dn. 1 b. m. otwarty został międzynarodowy Zjazd higijenistów przemową ministra handlu i rolnictwa. Prezesem jest Gubler; obrady trwać będą przez 10 dni. W dniach zaś 12, 13 i 14 b. m. odbędą się posiedzenia nadzw. towarzystwa sądowolekarskiego paryskiego pod przewodnictwem p. Devergie, na których roztrząsane będą liczne kwestyje sądowolekarskie. *(Le Progrès médical 31.)*

* *Journal officiel* ogłasza rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitéj z d. 20 Czerwca rb., mocą którego wchodzi w życie nowy przepis co do egzaminów lekarskich. Studyjum medycyny według tego przepisu trwać będzie 4 lata, po ukończeniu których kandydat zdaje pięć egzaminów, wykazawszy się poprzednio z prac praktycznych w zakładach i w anatomii, oraz z 2-letniéj praktyki szpitalnéj. Czesne za 4 lata wynosi 520, a opłata egzaminów 840, razem 1360 franków. *(Progrès médical.)*

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny w Hali Dr. Holländer otrzymał tytuł profesora. — Dr. Roloff w Berlinie, członek ces. niem. urzędu zdrowia, zamianowany został tajnym radcą lek. i dyrektorem berlińskiéj szkoły weterynarskiéj.

Starszymi lekarzami w armii rezerwowéj austryjackiéj zamianowani Drowie Józef Dziembowski (w pułku 57ym) i Tytus Wasylewski (w 1ym pułku ułanów).

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. J. MAJERA: Roczny przyrost ciała u ludności galicyjskiéj między 20 a 23 rokiem życia, jako przyczynek do jéj charakterystyki fizycznéj oznaczony co do Rusinów. Kraków 1878. (Osobne odbicie z T. II. Zbioru Wiadomości antropol.) in 8vo, str. 34.

Dra A. JURASZA, docenta w Heidelbergu: Laryngoskopija i Choroby krtani. I. Laryngoskopija ozdobiona 43 drzeworytami. Kraków 1878, in 8vo, str. 80. Cena 2 złr. 25 c. (Wydanie Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lek. w Krakowie.)

(Z dzieł tych zdamy sprawę niezadługo.)

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 441.

KONKURS.

Wydział powiatowy Podhajecki rozpisuje konkurs na prowizoryczną posadę lekarza ordynującego przy szpitalu powszechnym w Staremmieście przy Podhajcach, stabilizacyja téj posady co najmniéj po roku praktyki nastąpić może. Na mocy reskryptu wys. Wydziału krajowego z dnia 10go lipca b. r. L. 36638 mogą kompetować o tę posadę tylko Panowie Drowie wszech nauk lekarskich, albo Doktorowie medycyny i chirurgii; pensyja oznaczona budżetem przez Radę powiatową 500 złr. rocznie, termin wnoszenia podań do kancelaryi Wydziału powiatowego oznacza się do 20 sierpnia b. r.

Z Wydziału Rady powiatowéj
w Podhajcach 25go lipca 1878.
J. Kozicki.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Steiea.